

4. Амиров Н.Х., Цессарский А.В. Научно-технический прогресс и вопросы физиологии и гигиены труда в машиностроительной, приборостроительной и других отраслях промышленности // Гигиенические аспекты охраны окружающей среды: Тезисы докладов IV Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. – Красноярск; М., 1974. – С. 83–85.

5. Афанасьев В.Г. Человек в управлении обществом. – М.: Политическая литература, 1977. – 384 с.

6. Борьба с основными болезнями в Европе - актуальные проблемы и пути их решения. Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/03/06. - Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2006. - 7 с.

7. ВОЗ за 60 лет: хронология основных событий в области общественного здравоохранения. - Женева: ВОЗ, 2008. - 5 с.

8. ВОЗ. Доклад №99. Видеодисплейные терминалы и здоровье пользо-вателей. – М.: Медицина, 1989. – 150 с.

9. Волошина В.В., Титов К.А. Государственная служба в Российской Федерации: теоретико-правовое исследование. - М.: Луч, 1995. - 179 с.

УДК 614.2

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ РІВНІВ ЗДОРОВ'Я ДЕРЖАВНИХ СЛУЖБОВЦІВ УКРАЇНИ ЗАЛЕЖНО ВІД ВПЛИВУ КОМПЛЕКСУ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНИЧНИХ ФАКТОРІВ

Н.К. Єжель

*Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»
Державного управління справами*

Резюме. В статті розглядаються особливості формування рівнів здоров'я державних службовців України залежно від впливу комплексу соціально-гігієнічних факторів. На основі встановлення причинно-наслідкових зв'язків нами розроблена інтегративна модель формування ризику захворюваності.

Ключові слова: державні службовці, соціально-гігієнічні фактори, ризик, захворюваність.

Вступ. З огляду на швидкий ріст захворюваності державних службовців (ДС) України і низький рівень профілактичної діяльності в цьому напрямку, а також недосконалу організацію надання медико-санітарної допомоги, першочерговим завданням є удосконалення існуючої системи надання медико-санітарної допомоги ДС України.

Окрім цього потрібно зазначити, що переважна більшість досліджень вітчизняних та зарубіжних авторів стосується виключно проблем організації та лікування захворювань у різних категорій осіб (сільського та міського населення, військовослужбовців, працівників різного роду виробництва) при практичній відсутності даних про ДС України. Невирішеними залишаються питання щодо проблем організації надання екстреної медичної допомоги та медичної-евакуації перших осіб держави при відрядженнях в межах держави та в умовах надзвичайних станів різного характеру. Таким чином, проблема організації медико-санітарної допомоги ДС щодо зниження їх захворюваності не може вважатись науково обгрунтованою, цілісною та системною [1-4].

Мета. Встановити особливості формування рівнів здоров'я державних службовців України залежно від впливу комплексу соціально-гігієнічних факторів.

Матеріали та методи дослідження. Аналіз взаємодії факторів способу життя (заняття фізкультурою (спортом); особливості роботи, відпочинку, харчування та ін, шкідливі звички) проводився з позицій системного підходу, який припускає, що корисним результатом оцінки імовірності захворювання ДС є мінімізація рівня захворюваності або максималізації стану їх здоров'я. По кожній з інформаційних груп розраховувався множинний коефіцієнт кореляції (R) комплексу соціально-гігієнічних факторів з рівнем здоров'я ДС. Для визначення окремих найбільш пов'язаних з рівнем здоров'я показників застосовували покроковий множинний кореляційний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення. У структурі хронічних захворювань серед ДС, ДС (МО та ГШ ЗС) та осіб контрольної групи перше місце займають хвороби системи кровообігу 46%, 50% та 38% відповідно.

Друге місце займають хвороби органів травлення 35%, 31% та 14% відповідно. Третє місце займають хвороби сечостатевої системи 15%, 13 та 28% відповідно. Не дивлячись на наявність гострих та хронічних захворювань з загостреннями, від 30,4 до 38,6% опитаних за останні 3 роки не брали лікарняні листи, 37,7-43,3% один раз за останні 2-3 роки були один раз на лікарняному листі. Особи, які часто хворіють (4 та більше раз на рік) склали 2,6-2,9%, але в контрольній групі ця категорія осіб відсутня. Потрібно відзначити, що при наявності захворювань від 1 до 3 разів на рік у 58,9±2,7% ДС лише 27,9±2,5% не ходили на роботу в зв'язку з тимчасовою втратою працездатності; аналогічні показники для ДС (МО та ГШ ЗС) склали 55,6±4,7% та 21,1±3,9% відповідно, для контрольної групи 46,7±5,0% та 25,1±4,4%. Отже, фактичне перебування на довідці тимчасової непрацездатності у зв'язку з незадовільним станом здоров'я для ДС, ДС (МО та ГШ) та контрольної групи складає відповідно - 47,3%, 37,9% та 53,7% (рис. 1.).

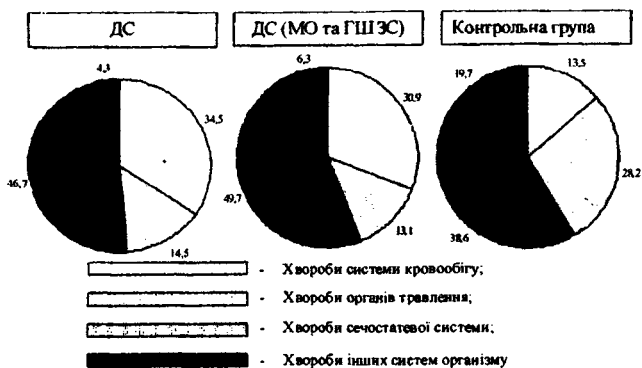


Рис. 1. Структура хронічних захворювань ДС, ДС (МО та ГШ) та осіб контрольної групи, (в %)

Наведені дані свідчать про те, що при меншій питомій частці осіб, які мають гострі захворювання, та меншій частоті хвороб особи контрольної групи частіше користуються довідками про тимчасову непрацездатність, поряд з тим вони гірше оцінюють своє здоров'я. Встановлені факти можуть свідчити, з одного боку, про більш уважне ставлення осіб з контрольної групи до свого стану здоров'я, з іншої – наявність більших можливостей лікування у зв'язку з меншою дефіцитністю їх спеціальностей та простішим усуненням їх від роботи порівняно з особами ДС. Не дивлячись на наявність у значній кількості осіб хронічних захворювань, 18,4% з числа ДС та 25% - ДС (МО та ГШ ЗС) не підлягають диспансерному лікарському нагляду (динамічному лікарському спостереженню), 21,6% контрольна група; 76,4-82,2% - не дотримуються термінів профілактичного лікування, хоча більше половина повинні виконувати ті чи інші лікарські призначення (за цим показником встановлена тенденція до більшої частоти серед ДС – 68,5%, ДС (МО та ГШ ЗС) – 62,3% проти 56,6% в контрольній групі).

При дослідженні організації медичного спостереження та лікування анкетованих встановлено, що в 21,1-26,2% ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) (32,5% - контрольна група) проводиться на базі цивільних лікарень та військових госпіталів, в 26,3-26,5% випадках (32,5% - контрольна група), в інших випадках – самостійно. Тобто, як за формою організації (місце проведення) – 35-50,2%, так і за змістом (призначення методів лікування) 52,9-76,3% анкетованих займаються самолікуванням. Такий стан справ пов'язаний перш за все з незадовільним медико-санітарним забезпеченням 57,5-75%.

При вивченні причин погіршення стану здоров'я в останні 3 роки встановлено, що ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) в 9,9-16,7% випадків вбачають що

причину в несприятливих умовах праці, в той час як в контрольній групі жоден з опитаних дану причину не вказав. Більшість опитаних вважають головною причиною погіршення стану здоров'я вплив незадовільних житлово-побутових умов – 47,8-52,6%, на частку несприятливих факторів серед ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) припадало лише 21,1-31,1% (26,6% - контрольна група). Поряд з тим 82-93% ДС відмічають вплив стану здоров'я на працездатність, а отже і на якість професійної діяльності (рис. 2.).



Рис. 2. Структура суб'єктивних причин погіршення стану здоров'я у анкетованих за останні три роки, (в %)

При вивченні «профілю» здоров'я ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) (рис. 3.) встановлено, що в них при більш високому рівні суб'єктивної оцінки здоров'я серед цих груп нижчий індекс здоров'я, більша питома частка осіб, які мають хронічні захворювання та осіб, які часто хворіли протягом року.

Слід зауважити, що серед ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) значна кількість осіб займаються самолікуванням, а також встановлено статистично достовірний зв'язок хронічних захворювань організму та погіршення стану здоров'я протягом останніх трьох років з умовами праці. Для встановлення залежності захворюваності та стану здоров'я обстеженого ДС від віку, стажу професійної діяльності, виробничих та соціально-гігієнічних факторів використаний метод множинного кореляційно-регресивного аналізу, який дозволяє встановити не тільки частку внеску одного фактора, але і їх поєднання.

Для усіх ДС фактори ризику вкладаються в групи зазначені Робінсоном, але якщо врахувати специфіку державної служби у військових формуваннях держави то наявність в ДС ризиків, непритаманних для цивільного суспільства, перелік факторів, що впливають на стан здоров'я ДС, може бути наступним: стан медико-санітарного забезпечення ДС – фактор 1;

шкідливі умови державної служби (пов'язані з виконанням службових обов'язків) – фактор 2;

шкідливі фактори навколишнього середовища (небезпечні екологічні фактори) – фактор 3;

метеорологічні та клімато-географічні умови району проживання (та інші природні фактори) – фактор 4;

відношення керівництва до проблем збереження здоров'я ДС – фактор 5;

морально-психологічна атмосфера у колективі – фактор 6;

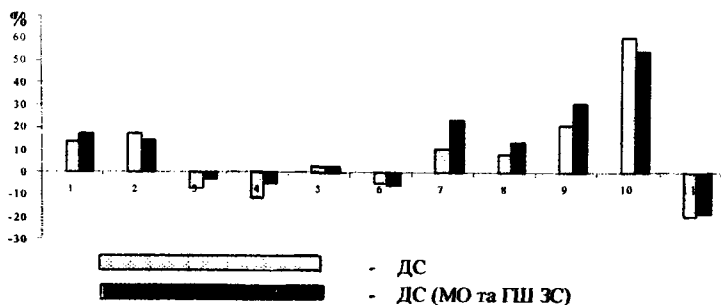
умови професійної діяльності ДС – фактор 7;

вихідний стан здоров'я ДС (обумовлений генетичними факторами) – фактор 8;

стан дотримання гігієнічних нормативів та техніки безпеки на робочому місці – фактор 9;

стан соціального та матеріального благополуччя ДС (забезпечення житлом, безкоштовний проїзд, пільги та ін.) – фактор 10;

особисте ставлення ДС до свого здоров'я (виконання правил гігієни, систематичне заняття спортом та ін.), наявність шкідливих звичок – фактор 11.



0 – оцінка окремих факторів в контрольній групі прийнята за 0 (в %); переважання відсоток відповідей порівняно з контрольною групою в групах ДС та ДС (МО та ГШ ЗС) позначено (+), менший відсоток відповідей (-).

1 – задовільна самооцінка здоров'я; 2 – наявність хронічних захворювань; 3 – індекс здоров'я (процент осіб, які не хворіли в минулому році); 4 – особи, які не хворіли ОРВІ; 5 – перебування на лікарняному листі 4 та більше раз; 6 – дотримання термінів профілактичного лікування при наявності хронічних захворювань; 7 – самолікування при інфекційних та паразитарних хворобах; 8 – зв'язок хронічних захворювань з умовами праці; 9 – погіршення стану здоров'я пов'язано з умовами праці; 10 – вплив зниження рівня здоров'я на працездатність; 11 – звертання в медичну службу з приводу контролю за станом здоров'я

Рис. 3. Результати суб'єктивної оцінки стану здоров'я ДС за даними анкетного опитування, (в %)

Дослідження впливовості факторів даного переліку на стан здоров'я ДС було проведено методом експертних оцінок (Лопін Є.Б., 2004), в результаті чого були отримані вагові коефіцієнти, наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Вагові коефіцієнти факторів, що впливають на стан здоров'я ДС

Фактор	Значення показників для ДС, що працюють в органах виконавчої влади			Значення показників для ДС, що працюють в МО та ГШ ЗСУ		
	вага фактору, %	місце за ознакою вагомості	нормовані вагові коефіцієнти, в долях одиниці	вага фактору, %	місце за ознакою вагомості	нормовані вагові коефіцієнти, в долях одиниці
Фактор 1	6,63	9	0,30	4,17	9	0,30
Фактор 2	7,74	10	0,26	10,18	4	0,78
Фактор 3	9,61	5	0,73	7,41	5	0,68
Фактор 4	7,73	11	0,20	7,22	1	1,0
Фактор 5	8,13	6	0,65	4,63	6	0,59
Фактор 6	11,01	2	0,96	5,46	10	0,26
Фактор 7	7,65	8	0,34	1,57	3	0,84
Фактор 8	7,91	7	0,59	3,06	7	0,56
Фактор 9	10,13	3	0,82	6,30	11	0,43
Фактор 10	13,95	1	1,0	8,98	2	0,96
Фактор 11	9,51	4	0,81	5,93	8	0,51

Хоча дане дослідження і проводилось методом експертних оцінок, а саме за допомогою ранжирування, показники узгодженості відповідей експертів за даними автора виявились достатньо високими та значущими на рівні довірчої імовірності 0,999 ($P < 0,001$), а кількість та кваліфікаційний рівень експертів відповідали необхідним вимогам.

Слід зауважити, що значення коефіцієнтів кореляції між рівнем деяких інфекційних захворювань та соціально-гігієнічними факторами способу життя та професійної діяльності ДС і коливалась в межах від 0,14 до 0,41 (слабкий та помірний кореляційних зв'язок). При цьому встановлені деякі відмінності впливу окремих професійних факторів. Напруженість взаємовідносин в колективі більшою мірою корелює з рівнем захворювань системи кровообігу ($r=0,94$ для ДС та $r=0,59$ для контрольної групи), якість та режим харчування –

з рівнем захворювань органів травлення (значення парних коефіцієнтів кореляції для ДС відповідно – 0,76, для контрольної групи – 0,52); поширенням шкідливих звичок (тютюнопаління та вживання алкоголю) (значення парних коефіцієнтів кореляції для ДС – 0,87, для контрольної групи – 0,52).

В комплексі факторів, які впливають на захворюваність серед ДСУ, значення R для віку ДС складає – 0,53, тривалості професійної діяльності – 0,52, ранг державної служби та інтенсивність професійної діяльності – 0,62.

На основі проведених досліджень нами була розроблена інтегративна модель формування ризику захворюваності на АГ та ВХШ для ДС (з урахуванням встановлених коефіцієнтів кореляції) (рис. 4.).

Як видно з даних наведених на рис. 4 існує тісний кореляційний зв'язок між професійної діяльності та способом життя ($r=0,97$), окрім цього встановлено залежність рівня санітарно-просвітної і виховної роботи серед ДС від зазначених умов ($r=0,89$ та $r=0,64$ відповідно).

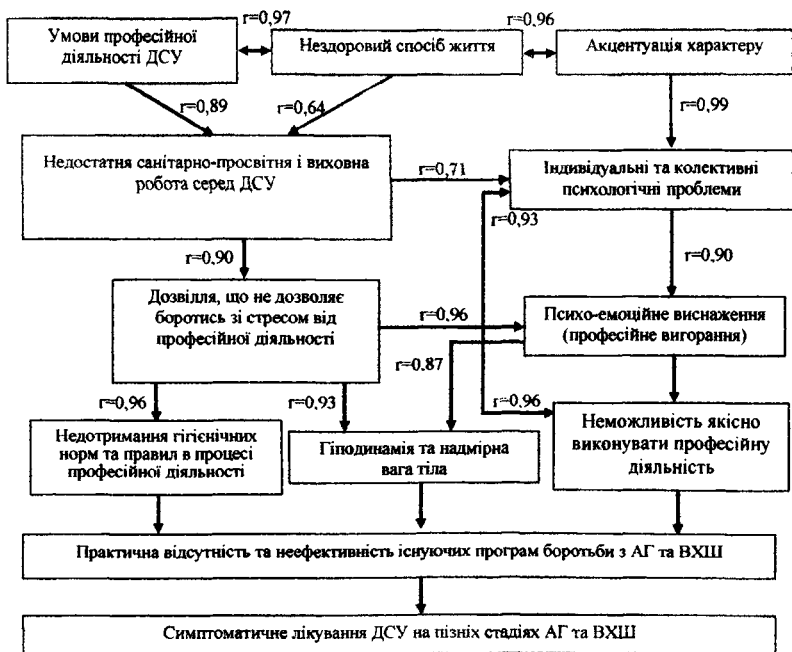


Рис. 4. Інтегративна модель формування ризику захворюваності на АГ та ВХШ для ДС (r – коефіцієнт кореляції) ($p < 0,05$)

Висновки

В результаті проведених нами досліджень встановлено:

по-перше, незадовільна санітарно-просвітня та профілактична діяльність призводить до: вживання психоактивних речовин (кава, тютюнопаління та ін.) виникнення індивідуальних та колективних психологічних проблем ($r=0,96$); недотримання гігієнічних норм при виконанні професійної діяльності ($r=0,96$ та $r=0,93$ відповідно). Розроблена нами інтегративна модель дозволяє прослідкувати умови відносно швидкого зростання захворюваності ДС АГ та ВХШ;

по-друге, встановлено наявність тісного зв'язку захворюваності на хвороби АГ та ВХШ ДСУ із соціально-гігієнічними факторами способу життя та професійної діяльності.

Наведене різноманіття динаміки соціально-гігієнічних факторів та окремих показників, які характеризують стан здоров'я ДС та захворюваність на АГ та ВХШ, свідчить, що при дослідженні впливу умов факторами способу життя та професійної діяльності як головних несприятливих фактору сприяючому захворюваності ДС на хвороби АГ та ВХШ, існує багато об'єктивних труднощів.

Література

1. Амиров Н.Х. Здоровье и труд: поиски и достижения медицины труда на рубеже двух столетий // Казан. мед. журн. – 2000. – №5.
2. Амиров Н.Х. Изменение психологических функций у руководителей промышленных предприятий в динамике рабочего дня // Актуальные вопросы физиологии труда. Ч.1. Тезисы докладов VIII Всесоюзной конференции по физиологии труда. – Алма-Ата, 1982. – С.10.
3. Амиров Н.Х. Изменения показателей ЭЭГ у работающих с различной степенью умственного и нервно-эмоционального напряжения // Физиология труда: Тезисы докладов VII Всесоюзной конференции по физиологии труда. – Л., 1978. – С. 25–26.
4. Амиров Н.Х., Краснощекова В.Н. Оценка эффективности комплекса оздоровительных мероприятий для руководителей промышленных предприятий // Актуальные проблемы физиологии труда и профилактической эргономики: Тезисы докладов IX Всесоюзной конференции. – Т. III. Проблемы умственного, операторского зрительно-напряженного труда. – М., 1990. – С. 14–16.